



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2012

**Armanda Filipa
Rachado Vieira**

**Implementação de um Programa de Educação do
Sono em Universitários**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2012

**Armanda Filipa
Rachado Vieira**

Implementação de um Programa de Educação do Sono em Universitários

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Allen Gomes, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira

Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Paula Monteiro Amaral

Professora Coordenadora, Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Prof. Doutora Ana Cardoso Allen Gomes

Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Allen Gomes, orientadora desta tese, pela ajuda na realização da mesma e pela constante partilha de conhecimentos.

À Universidade de Aveiro, particularmente ao Departamento de Educação, pelo apoio prestado nesta investigação e à Professora Doutora Anabela Pereira pelo seu papel decisivo enquanto coordenadora do Mestrado.

Ao doutorando Daniel Marques, por todo o auxílio e ajuda científica que me prestou na realização desta tese, junto também com a partilha de saberes.

Aos alunos do curso de Psicologia, que tiveram a disponibilidade e boa vontade de participarem nesta investigação, e aos professores pelo tempo que me despenderam das suas aulas, para que eu pudesse realizar as sessões.

Aos colegas de mestrado, pela constante troca de experiências, saberes e dúvidas, pessoas com as quais vivenciei bons momentos de divertimento, como momentos marcados pela ansiedade e preocupação comuns.

A toda a minha família, em especial ao meu pai e à minha mãe, por toda a confiança, amor e dedicação, por serem um exemplo máximo para mim. Por nunca me deixarem desistir, incentivando-me sempre na realização dos meus sonhos. A eles agradeço todo o esforço que me permitiu concluir mais uma etapa.

Aos meus irmãos, Sara e Júlio, pela cumplicidade e pelo amor. Pelas gargalhadas, sorrisos e mimos com que me brindam todos os dias. Obrigado por me acompanharem sempre, fazendo-me acreditar nos meus sonhos.

À Rita, amiga com a qual tive o prazer de partilhar todo este percurso. Obrigada pela infinita paciência, pela ajuda constante, pela cumplicidade, pela simplicidade, pela amizade e por tudo aquilo que vivemos juntas. Embora o nosso percurso comum tenha terminado por aqui, vamos ficar apenas à distância de um telefonema...porque acredito que amizades como a nossa são para sempre.

Aos meus amigos, os quais eu não vou particularizar de modo a não esquecer ninguém. Pelas pequenas grandes coisas...por todo o apoio que me prestaram durante todos os momentos mais importantes da minha vida, e principalmente nesta fase. Aos quais eu peço desculpa pela minha ausência nestes últimos tempos e agradeço por me fazerem sentir que eu faço falta.

Ao Paulo, por ter estado sempre tão presente, apesar da distância. Obrigado por toda a preocupação e paciência, pelas constantes demonstrações de carinho, por todos os mimos e por me teres sempre tranquilizado, acreditando em mim.

palavras-chave

Sono, Educação do Sono, Estudantes Universitários.

Resumo

De acordo com a literatura, entre estudantes universitários são comuns hábitos de sono pouco adequados e diversas queixas relacionadas com o sono. Estas dificuldades de sono podem ter um impacto significativo em várias áreas da vida dos universitários (e.g., pobre desempenho académico). A literatura acerca dos resultados alcançados com programas de educação de sono em contexto universitário, apesar de escassa, aponta para melhorias significativas da qualidade do sono dos conhecimentos sobre higiene de sono e, eventualmente, dos comportamentos de sono. Assim, tendo em conta que os problemas de sono parecem ser comuns em estudantes universitários e os diversos efeitos que a falta de sono provoca, a curto e a longo prazo, planeou-se desenvolver um programa de educação do sono com base na literatura atual. O presente trabalho teve como objetivos a implementação e avaliação de um programa de educação do sono. Também pretendemos averiguar em que medida pode constituir uma vantagem o facto de um programa de educação de sono contemplar, para além das indispensáveis noções básicas sobre o sono, conteúdos específicos sobre regras de higiene de sono.

Participaram nos dois momentos do estudo um total de 72 alunos dos cursos de 1º e 2º ciclo em psicologia da Universidade de Aveiro, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M=21,11$; $DP=4,03$), dos quais 88,9% eram do sexo feminino e 11,1% do sexo masculino. Estes alunos pertenciam a dois subgrupos, sendo que 33 participaram numa sessão sobre «noções de sono» e 39 numa sessão sobre «noções + higiene de sono» (em ambos os casos, uma única sessão). Como instrumentos, foram utilizados, no pré e no pós-teste, um questionário sobre padrões de sono e vigília em estudantes do ensino superior (cf. Gomes, 2005; Gomes et al., 2011), um questionário de conhecimentos e conceções sobre o sono (versão experimental, Gomes, 2006), o inventário de sintomas psicopatológicos (versão portuguesa de Canavarro, 1999, cf. Canavarro, 2007) e ainda, imediatamente após a sessão de educação de sono, perguntas selecionadas de um questionário de avaliação do programa (Dias & Pereira, 2005, cf. Dias, 2008).

Após a aplicação do programa encontraram-se algumas alterações significativas, traduzidas em mudanças favoráveis nalguns hábitos de sono e no aumento dos conhecimentos sobre o mesmo. Quanto aos sintomas psicopatológicos não houve qualquer alteração digna de nota. As mudanças foram em maior número e mais evidentes no grupo que participou na sessão sobre «noções+higiene de sono», do que no grupo da sessão «noções de sono».

A implementação de um programa de educação do sono na universidade, parece-nos de todo pertinente de forma a sensibilizar os jovens para futuros problemas de sono, que possam ser causados por uma inadequada higiene de sono.

keywords

Sleep, Sleep Education, University Students.

Abstract

According to the literature, inadequate sleep-wake patterns and sleep complaints are relatively common among university students. These sleep difficulties may have a significant impact in many areas of life (e.g., poor academic performance). The literature on the results achieved with sleep education programs in the academic context, although scanty, points to significant improvements in quality and sleep hygiene awareness. Thus, given that sleep problems seem to be common in college students and the various effects that lack of sleep in the short and long term, our aims were to develop and evaluate the outcomes of a sleep education program based on current literature. Another aim was to test whether adding sleep hygiene rules to the contents of a sleep education session would be associated with further outcomes. The final sample participating in both moments of the study comprised 72 psychology students at the University of Aveiro, aged between 18 and 42 years ($M = 21.11$, $SD = 4.03$), of which 88.9% were female and 11.1% were male. These students corresponded to two subgroups, of whom 33 received a module on sleep notions and 39 a module on sleep notions and sleep hygiene. We used both on pre and on post test, a questionnaire about sleep-wake patterns in students of higher education (cf. Gomes, 2005; Gomes et al., 2011), a questionnaire to assess sleep knowledge (experimental version, Gomes, 2006), the Brief Symptom Inventory Portuguese version: Canavarro, 1999, cf. Canavarro, 2007). Immediately after the sleep session, participants answered also to selected items from a questionnaire evaluating the program (Dias and Pereira, 2005, cf. Dias, 2008).

We found some statistically significant changes before and after the application of the program, which was associated into changes in sleep habits and on increased knowledge about sleep. Changes were more accentuated and in greater number on the group who participated in the session comprising sleep notions and sleep hygiene, in comparison to the group who participated at the session covering sleep notions only. As for psychopathological symptoms, except in one specific subscale, there were no statistically significant changes. The implementation of a sleep education program at the University, seems to us important in order to rise awareness in young people for future sleep problems, which may be caused by inadequate sleep hygiene.

Índice

Introdução	1
Metodologia	
Participantes	7
Instrumentos	8
Procedimentos	11
Resultados	13
Discussão	21
Referências	25
Anexos	29

Introdução

De acordo com Hobson (1995) o sono é um comportamento dinâmico que tem as suas próprias funções específicas e positivas (a nível de restauro e preservação), não podendo apenas ser visto como um estado de descanso. Daí poder ser considerado um estado ativo do cérebro (cf. Gomes, 2005).

Habitualmente o sono é definido como uma necessidade humana básica e fundamental para que o indivíduo tenha uma vida saudável (Bergamasco & Cruz, 2006; Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003; Buboltz et al., 2009). Este é um fenómeno essencial para a sobrevivência e tudo indica que tem como principal função a restauração corporal e mental segundo estudos referidos por Coelho, Lorenzini, Suda, Rossini e Reimão (2010).

É costume dividir o comportamento de sono em dois estados distintos, a saber: REM (iniciais do inglês *Rapid Eye Movements*) e Não REM (NREM), que alternam entre si de acordo com uma sequência previsível e organizada (Gomes, 2005). O estado NREM divide-se em quatro estádios, E1 a E4, sendo notório um sono mais profundo à medida que os estádios avançam, sendo os estádios E3 e E4 denominados por sono delta ou sono de ondas lentas (cf. estudos citados por Gomes, 2005: Azevedo, 1980; Bucla-Casal, 1996; Carskadon & Dement, 2000; Lavie, 1998; Minors & Waterhouse, 1981; Morin, 1993; Navarro, Bucla-Casal & Andrés, 1990; Raich & Calzada, 1992; Ramos Platón, 1996; Shneerson, 2000; Silva & Silvério, 1996). O sono REM recebe também a designação de sono paradoxal, pelo facto de, num corpo que se mostra imobilizado, haver uma atividade cerebral nesta fase semelhante à que caracteriza a vigília ativa, sendo também vivenciados neste estado os sonhos/atividade onírica (Gomes, 2005).

De acordo com o estudo de Nelson et al. (2001) verifica-se que a duração do sono no adulto pode variar tendo em conta as necessidades individuais, de acordo com o facto de se ter um sono curto (seis ou menos horas, sendo estas suficientes), um sono intermédio ou médio (cerca de 7-8h de sono, característico da maioria da população adulta) ou um sono longo (nove ou mais horas de sono) (Bergamasco & Cruz, 2006).

Existem igualmente variações inter-individuais quanto ao momento ou localização temporal do ritmo de sono-vigília, sendo que a característica matutinitude-vespertinidade (i.e., crónotipo diurno) é definida pela fase, mais exatamente pela acrofase, dos ritmos circadianos. A acrofase é responsável pelas horas regulares, em cada pessoa (mas diferente de pessoa para pessoa), dia após dia, a que ocorrem os picos máximos e mínimos de

diversas funções biológicas e psicológicas, tais como ritmo sono-vigília (e.g., frequência cardíaca, tónus muscular, humor, estado de alerta, entre outros (cf. estudos citados por Gomes, 2005; Buela-Casal, 1996; Buela-Casal & Caballo, 1990; Kerkhof, 1985; Silva et al., 1996). Daqui resultam pessoas matutinas (i.e., que preferem dormir e acordar cedo e que se sentem mais eficientes pela manhã); pessoas vespertinas (i.e., que preferem deitar-se e acordar tarde e cujo desempenho para trabalhar é favorecido durante a tarde e à noite) e por fim as pessoas com crónótipo diurno tipo intermédio (a maioria), ou seja nem matinais nem noctívagas, cujos horários preferidos se situam entre um extremo e outro (Horne, 1976 cit por Campos & Martino, 2004; Alam, Tomasi, Lima, Areas & Menna-Barreto, 2008; Silva, 2000 cit. por Gomes, Tavares & Azevedo, 2004). No caso das pessoas matutinas as acrofases revelam-se mais adiantadas e nas pessoas vespertinas mais atrasadas (cf. estudos citados por Gomes, 2005; Buela-Casal, 1996; Buela-Casal & Caballo, 1990; Kerkhof, 1985; Silva et al., 1996).

De acordo com alguns estudos citados por Gomes (2005) os matutinos apresentam períodos de ritmos circadianos mais curtos e os vespertinos períodos mais longos, o que pode constituir uma explicação para o facto da tendência para os primeiros adormecerem e acordarem mais cedo (avanço da fase) e a disposição contrária nos segundos (atraso da fase).

À semelhança de Medeiros et al. (2001), Gomes, Tavares e Azevedo (2004) associam uma maior matutividade a um melhor funcionamento académico, referindo que os estudantes vespertinos apresentam mais sonolência diurna, queixas de mudanças de humor mais acentuadas e níveis mais baixos de funcionamento cognitivo e de vigor quando comparados com estudantes matutinos (Gomes et al., 2004), muito provavelmente pelo facto dos horários escolares matinais chocarem com os seus padrões de sono-vigília habituais (Gomes, 2005). Por seu turno, segundo Harma (1993) a matutividade pode ser associada a hábitos de sono mais rígidos, sendo isto justificado pelo facto dos matutinos apresentarem horários de sono pouco variáveis, principalmente à hora de acordar e pelo facto de constituir uma dificuldade para estes a extensão do tempo de sono para além da hora habitual de acordar (Gomes, 2005).

Tendo em conta a análise do padrão de sono, alguns estudos referem que o sexo masculino tem tendência para ser mais vespertino comparativamente ao sexo feminino que

será mais matutino, no entanto estas diferenças não são muito evidentes (Buboltz, Brown & Soper, 2001; Gomes, 2005; Alam et al., 2008).

A privação do sono é considerada responsável por problemas emocionais, sociais, académicos e profissionais (Brown, Soper & Buboltz, 2001; Gaultney, 2010), sendo possível encontrar entre as queixas mais comuns, após a privação de algumas horas de sono, fadiga, sonolência, mal-estar, insónia, irritabilidade, e diminuição das capacidades cognitivas, em geral (cf. estudos citados por Campos & Martino, 2004; Ferreira, 1987; Costa, 1997; Fisher, Lieber & Brown, 1995).

Entre as principais dificuldades de sono referidas pelos estudantes universitários identifica-se uma latência se sono superior a 30 minutos, dificuldades em adormecer 3 noites ou mais por semana, acordar pelo menos 2 vezes durante a noite e despertar espontaneamente mais cedo que o desejado, pelo menos 3 noites por semana. De acordo com o estudo realizado por Gomes (2005) a queixa mais comum foi a insónia, seguida da sensação de dormir demais ou de necessitar de demasiadas horas de sono e por fim a obtenção de sono insuficiente em duração. Em estudos realizados por Buboltz et al. (2001) e Cheng et al. (no prelo) as queixas mais significativas como dificuldades em adormecer, acordares noturnos e sono perturbado durante a noite foram mais comuns no sexo feminino. Ainda de referir que nestes estudos a qualidade global de sono se evidenciou significativamente inferior no sexo feminino (Buboltz et al., 2001; Gomes, 2005).

Relativamente ao sono dos estudantes universitários portugueses, alguns autores indicam que esta população tem uma qualidade de sono pobre e uma restrição de sono acentuada. Globalmente há uma elevada percentagem de estudantes com graves irregularidades no que se refere aos horários de levantar (Gomes, Tavares & Pinto de Azevedo, 2009).

De acordo com Robertson e Farnill (1989) a maioria dos estudantes refere a entrada/primeiro ano na universidade como o evento mais stressante das suas vidas. Com o ingresso no ensino superior, o suporte familiar e a estrutura presentes nos anos anteriores são substituídos por um estilo de vida desorganizado, que conduz amiúde a uma quebra dos hábitos de sono (Pilcher, Ginter & Sadowsky, 1997 cit. por Brown et al., 2001; Buboltz et al., 2009; Galambos & Dalton, 2009). Segundo Carskadon (2002) isto deve-se a uma diminuição da influência dos pais nos horários de sono e a um aumento das obrigações académicas e sociais (Sousa, Araújo & Azevedo, 2007).

Os universitários estão sujeitos a mais situações de stresse que afetam a qualidade do sono e causam ansiedade e sintomas de depressão, mesmo num grau leve. De acordo com a literatura uma pior qualidade do sono associa-se a maiores níveis de depressão. Assim sendo, esta população merece uma atenção especial quanto às queixas de sono para que seja possível prevenir e diagnosticar de forma precoce os problemas derivados (Buboltz et al., 2009; Galambos & Dalton, 2009; Brooks, Girgenti & Mills, 2009; Coelho et al., 2010).

Existem vários estudos que referem que a pobre qualidade de sono nos estudantes é associada a uma redução da qualidade de vida (Pilcher et al., 1997 cit. por Buboltz et al., 2001; Buboltz et al., 2009) evidenciando assim a ideia de que as dificuldades no sono têm grandes implicações na vida dos estudantes (Brown et al., 2001). Marques e Isabel (2011) concluíram no seu estudo que quando a qualidade de sono melhora, existe uma tendência para o nível de qualidade de vida melhorar também.

Segundo Valdez, Ramirez e Garcia (1996) os estudantes universitários apresentam um padrão de sono irregular, caracterizado por uma curta duração de sono nos dias da semana e uma longa duração de sono nos fins-de-semana (sendo esta prática designada por padrão de restrição-extensão). O sono prolongado nos fins-de-semana deve-se à redução do sono (i.e., privação) durante os dias de aulas para estudar e socializar (Almondes & Araújo, 2003; Brown et al., 2001).

As dificuldades relativas ao comportamento de sono parecem ter assim um impacto geral em várias áreas da vida dos estudantes, sendo referidas na literatura, como uma das maiores contribuições para um pobre desempenho a vários níveis (Buboltz et al., 2001; Cheng et al., no prelo), promovendo desta forma o desenvolvimento de problemas emocionais, sociais, académicos e profissionais (Brown et al., 2001; Buboltz et al., 2001). Na sequência do impacto que o sono provoca no bem-estar dos estudantes, tem sido frequentemente referido na literatura que a sonolência durante o dia se associa a um maior consumo de álcool e drogas (Jean-Louis, Gizychi, Zizi & Nunes, 1998 cit. por Brown, Buboltz & Soper, 2002; Brown & Buboltz, 2002; Kloss et al., 2011).

Uma das estratégias que tem evidenciado melhores resultados no que se refere à melhoria dos padrões de sono dos estudantes, prende-se com a educação acerca dos aspetos básicos sobre o comportamento de sono e das consequências que o desrespeito pelas regras de higiene de sono têm no funcionamento quotidiano dos estudantes (Brown et al., 2001).

Os programas psicoeducacionais estão entre os meios mais eficazes e eficientes para reduzir as dificuldades de sono (cf. estudos citados por Brown & Buboltz, 2002; Morin, Culbert & Schwartz, 1994; Murtagh & Greenwood, 1995) e de acordo com a literatura, as pesquisas sobre as intervenções psicoeducacionais indicam que os estudantes com ideias erradas sobre os comportamentos de promoção de sono têm hábitos menos saudáveis de sono (Hicks, Lucero-Gorman & Bautista, 1999 cit. por Brown & Buboltz, 2002).

De acordo com os resultados de algumas meta-análises, as intervenções psicoeducacionais em relação ao sono, apresentam resultados satisfatórios (Bootzin & Perlis, 1992; Morin, Culbert & Schwartz, 1994; Licchstein & Riedel, 1994; Murtagh & Greenwood, 1995 - estudos estes cit. por Brown, Buboltz & Soper, 2006). A higiene do sono e as *instruções* de controlo de estímulo são as duas intervenções psicoeducativas que apresentam melhores resultados na intervenção com os estudantes universitários, melhorando a qualidade global do seu sono (Brown, Buboltz & Soper, 2006).

No que diz respeito às técnicas anteriormente referidas, a educação sobre higiene do sono consiste no fornecimento de informação sobre o estilo de vida, e fatores ambientais que interferem ou promovem uma má qualidade de sono. A higiene de sono inclui assim algumas recomendações tais como relaxar antes de dormir e informações sobre os benefícios em manter um horário de sono regular (Posner & Gehrman, 2011; Edinger, Means, Carney & Manber, 2011; Kloss et al., 2011; Hauri, 2012).

As *instruções* de controlo de estímulo permitem um aumento da associação entre a sonolência e a cama (Bootzin, 2000 cit. por Brown et al., 2006; Buboltz et al., 2009; Bootzin & Perlis, 2011; Kloss et al., 2011).

Brown e colaboradores (2006) implementaram um programa de educação do sono em estudantes universitários, que consistiu em passar um conjunto de questionários e de seguida realizar uma apresentação oral de 30 minutos que envolvia higiene de sono, incluindo instruções sobre controlo de estímulo, e uma lista de substâncias que contem cafeína. Passadas aproximadamente seis semanas, os autores voltavam a administrar o mesmo conjunto de questionários. Após ter sido aplicado este programa, os autores obtiveram resultados bastante satisfatórios. Constataram que os participantes passaram a controlar alguns comportamentos que influenciavam negativamente a qualidade de sono, registando-se uma melhoria da mesma. De acordo com estes resultados, os autores

sugerem que seria pertinente a inclusão de um programa psicoeducacional em contexto universitário, com o objetivo de poder reduzir significativamente as dificuldades do sono e melhorar os hábitos de sono nos estudantes.

Quando se fala de sono, a educação sobre este é essencial. Assim, os programas educacionais poderiam encorajar as pessoas a desenvolver hábitos de sono mais adequados, tornando-se mais conscientes do seu ciclo sono-vigília, de forma a possibilitar uma escolha mais consciente do mesmo (Sousa et al., 2007).

Entretanto, tal como Brown e colaboradores (2002), os autores Suen, Tam e Hon (2010) referem nas suas investigações que saber sobre hábitos de sono adequados não influencia, necessariamente, o sono, no entanto praticar hábitos de sono adequados está associado com uma boa qualidade de sono.

O presente estudo teve como principal objetivo aplicar e avaliar um programa de educação do sono em estudantes universitários, inspirando-nos para tal no trabalho de Brown e colaboradores (2006), aparentemente o único estudo publicado, a nível internacional, sobre a aplicação e os resultados de um programa de educação de sono em estudantes universitários. Adicionalmente, pretendemos ganhar alguma compreensão sobre as componentes de um programa de educação de sono que poderão ser responsáveis pelas modificações observadas. Mais exactamente, pretendeu-se contribuir para saber em que medida os ganhos observados neste tipo de programas realmente beneficiam com a componente «higiene de sono» (incluindo *instruções* sobre controlo de estímulo), ou se os resultados se devem «meramente» a um aumento da sensibilização dos participantes relativamente à importância do sono, proporcionada pelo facto de participarem numa sessão em que se fala do sono e sua importância (i.e., informação sobre o que é o sono, estádios do sono, funções do sono, etc.).

Como objetivos específicos pretendemos avaliar se o programa se associa a uma mudança dos conhecimentos sobre o sono, verificar se o programa se associa a alguma alteração de sintomas psicopatológicos, verificar se o programa se associa a uma mudança nos padrões de sono e a uma melhoria da qualidade do mesmo, comparar em todos estes aspetos duas modalidades de aplicação do programa; avaliar a sessão de educação de sono em termos de dinâmica, espaço e metodologias utilizadas. Esperamos ainda contribuir para a prevenção do desenvolvimento de perturbações do sono e para a otimização do bem-estar e do desempenho intelectual durante o dia.

Metodologia

Participantes

Começaram por participar na investigação 94 estudantes do curso de Psicologia da Universidade de Aveiro, havendo 22 alunos que participaram apenas no pré-teste. Um total de 72 alunos, participaram tanto no pré como no pós-teste, sendo apresentadas na tabela 1 as características da amostra no 2º momento, bem como os que participaram apenas no 1º momento. Assim, os estudantes que apenas participaram no pré-teste, no total 22, foram 3 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 39 anos ($M = 21,59$; $DP = 4,64$) que frequentam os respetivos ciclos (licenciatura $n (\%) = 20 (90,9)$; mestrado $n (\%) = 2 (9,1)$). Quanto aos anos de curso, 3 (13,6) alunos frequentam o 1º ano, 8 (36,4) alunos frequentam o 2º ano, 9 (40,9) o 3º ano e 2 (9,1) o 4º ano, ou seja, o mestrado em psicologia clínica e da saúde. O grupo que realizou pré e pós-teste compreendeu 72 participantes dos quais 64 são do sexo feminino e 8 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 42 anos ($M = 21,11$; $DP = 4,03$). Quanto ao ciclo de estudos, 56 (77,8) frequentam a licenciatura e 16 (22,2) o mestrado, dos quais 31 (43,1) estudam no 1º ano, 8 (11,1) no 2º ano, 17 (23,6) no 3º ano e por fim 16 (22,2) no mestrado em psicologia clínica e da saúde. É importante salientar que estes 72 participantes, dependendo da sessão de educação de sono frequentada, se subdividiram em dois grupos, que designaremos por grupo «Noções de sono» constituído por 33 alunos e grupo «Noções + higiene de sono» do qual fizeram parte 39 alunos.

O grupo «Noções de sono» é constituído por 29 alunos do sexo feminino e 4 do sexo masculino com idades compreendidas entre os 20 e os 42 anos ($M = 22,91$; $DP = 4,91$). Quanto ao ciclo de estudos, 17 (51,5%) alunos pertencem ao 1º ciclo e 16 alunos (48,5%) ao 2º ciclo, dos quais 17 (51,5%) frequentam o 3º ano e 16 (48,5%) o mestrado em psicologia clínica e saúde. Quanto ao grupo «Noções + higiene de sono» é constituído por 39 alunos com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos ($M = 19,59$; $DP = 2,19$), dos quais 31 (79,5%) pertencem ao 1º ano e 8 (20,5%) ao 2º ano, sendo portanto todos da licenciatura.

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto à idade, sexo, ano e grau de ensino

Variáveis	Participantes só no pré-teste (n= 22)	Total participantes pré e pós-teste (n=72)
Idade (M – DP)	21,59 (4,64)	21,11 (4,03)
Min-Máx	18 – 39	18-42
Sexo		
Feminino [n (%)]	19 (79,2)	64 (88,9)
Masculino [n (%)]	3 (12,5)	8 (11,1)
Ano de licenciatura e nível de ensino		
1º ano [n (%)]	3 (13,6)	31 (43,1)
2º ano [n (%)]	8 (36,4)	8 (11,1)
3º ano [n (%)]	9 (40,9)	17 (23,6)
Total Licenciatura [n (%)]	20 (90,9)	56 (77,8)
Total Mestrado [n (%)]	2 (9,1)	16 (22,2)

Instrumentos

Para a realização deste estudo foram utilizados quatro questionários: o Questionário sobre Padrões de Sono e Vigília em Estudantes do Ensino Superior (QSVES) – versão “em tempo de aulas” que pretende avaliar alguns padrões de sono-vigília, funcionamento diurno e académico durante o período de aulas e algumas características sócio – demográficas (Anexo 1); o Questionário de Conhecimentos e Conceções sobre o Sono (QCCS) que avalia o conhecimento sobre determinados aspetos do sono (Anexo 2); o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI que avalia sintomas psicopatológicos (Anexo 3) e o Questionário de Avaliação do Programa (QAP) que visa avaliar a perceção dos participantes no programa relativamente a diversos aspetos (Anexo 4). Segue-se a descrição detalhada destes instrumentos.

- Questionário sobre padrões de Sono e Vigília em Estudantes do Ensino Superior (QSVES) – versão “em tempo de aulas” Instrumento de auto-resposta desenvolvido pelos autores especificamente para um trabalho de investigação com 1653 estudantes universitários (cf. Gomes, 2005). Pretende caracterizar alguns aspetos acerca dos padrões de sono-vigília (e.g., horários e duração de sono; início e manutenção do sono; privação de sono) e alguns aspetos do funcionamento académico e diurno do estudante

(e.g., sonolência, humor, cansaço, ansiedade, atenção, concentração, consumo de substâncias; tempo dedicado a estudo e a atividades extracurriculares; frequência de aulas teóricas; rendimento escolar prévio).

O QSVES divide-se em três secções, uma primeira secção “Sono-Vigília em Períodos de Aulas” com a qual se procura caracterizar padrões de sono-vigília habituais, por um lado, e aspetos do funcionamento diurno, por outro, “em tempo de aulas”, remetendo o estudante para o sucedido “ao longo do último mês”; uma segunda secção sobre “Outros aspetos de sono” em que se colocam questões igualmente relevantes para a caracterização do sono, mas que não remetem necessariamente para o último mês nem para o período de aulas; e uma terceira secção acerca de “Outros aspetos diurnos” para averiguar outras dimensões do funcionamento académico e do estilo de vida do estudante (também para além do sucedido em tempo de aulas ou no último mês, cf. Gomes, 2005).

Neste estudo foram utilizadas as questões sobre qualidade do sono (7 itens); sono suficiente à semana (frequência); durações habituais de sono à semana e ao fim-de-semana; duração necessária de sono; horários médios (*timing*) de deitar e levantar e 6 itens sobre sonolência durante o dia.

A partir das respostas a estas questões, foram também criadas as seguintes variáveis: fase de sono à semana e ao fim de semana (sendo esta o ponto intermédio do sono, entre a hora de deitar e de acordar); (ir)regularidade dos horários (oscilação de horários entre dias de semana e fim-de-semana); padrão restrição/ extensão da duração de sono, ou seja, débito de sono à semana e extensão ao fim-de-semana, determinado a partir da diferença de durações de sono entre dias de semana e fins-de-semana; débito do sono, i.e., diferença entre duração necessária e duração obtida à semana; qualidade do mesmo (índice de qualidade de sono obtido a partir da soma de 7 itens individuais, com pontuação invertida sempre que apropriado, cf. Gomes, 2005) e índice de sonolência diurna (obtido a partir da soma de 6 itens individuais).

Deve notar-se que o índice de qualidade de sono, à semelhança de outras conhecidas medidas de qualidade de sono, é cotado por forma a que uma maior (menor) pontuação traduza um sono de pior (melhor) qualidade (Gomes, 2005).

- **Questionário de Conhecimentos e Conceções sobre o Sono (QCCS)** (versão experimental, Gomes, 2006) é um questionário composto por 56 afirmações e que pretende

avaliar o conhecimento sobre determinados aspetos do sono, junto de estudantes universitários. Estas afirmações podem ser classificadas como verdadeiras, falsas ou não sabe / não tem a certeza.

A sua cotação é feita da seguinte forma: 0 = não sei; 1 = resposta certa e -1 = resposta errada (Gomes, 2006).

- **Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI** (Canavarro, 1999) é a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982). Este é um inventário de auto-resposta composto por 53 itens, que pretende avaliar sintomas psicopatológicos, sendo que o indivíduo deve classificar o grau em que se sentiu afetado por determinado problema durante a última semana, numa escala tipo likert de 5 pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes).

Este questionário avalia sintomas psicopatológicos relativamente a nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo que estes índices são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspetos diferentes de psicopatologia. Quanto às dimensões, estas são nove: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Segundo os estudos de Canavarro et al. com a versão portuguesa, para se obter a cotação das nove dimensões psicopatológicas deve somar-se os valores (0 a 4) obtidos em cada item e que pertencem a cada dimensão. Esta soma deverá ser dividida pelo número de itens correspondentes a cada dimensão. Para calcular o *Índice Geral de Sintomas* (IGS) deve somar-se a pontuação de todos os itens e dividir pelo número total de respostas, ou seja, por 53.

De acordo com os estudos psicométricos realizados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) a escala apresenta bons níveis de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa de Cronbach que variam entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) (Canavarro, 2007).

- **Questionário de Avaliação do Programa (QAP)** foi desenvolvido por Dias & Pereira (2005) para avaliar a perceção de participantes universitários sobre um programa de promoção de competências pessoais e sociais (cf. Dias, 2008). É composto por um total de 13 itens, sendo cada um deles cotado numa escala tipo *Likert* com cinco possibilidades,

que varia entre *Mau* e *Muito bom*. Dado que nem todos os itens eram aplicáveis ao nosso contexto, para o presente estudo foram seleccionados os seguintes: utilidade da sessão; dinâmica da sessão; competência pedagógica/científica da formadora; qualidade da relação formadora/formando; metodologia da sessão; material utilizado; horário da sessão; duração média da sessão; período em que foi aplicado a sessão; e condições da sala de aula. Para além dos itens de resposta fechada, o questionário engloba ainda uma questão aberta, na qual os indivíduos podem exprimir os seus comentários/sugestões/críticas finais. A cotação é feita atribuindo 1 ponto a cada um dos itens assinalados pelos participantes (Dias, 2008).

Procedimentos

O programa foi aplicado em duas modalidades, sendo importante destacar desde já que estas eram desconhecidas inicialmente dos participantes, uma vez que as instruções, designação do programa, etc., foram aplicadas de igual forma a ambos os grupos (apenas no final do estudo os participantes receberam informação integral sobre o tipo de sessão a que tinham assistido e sobre as hipóteses específicas da investigação).

Assim, a um grupo (n=33) foi aplicada uma sessão que poderemos designar por «Noções de sono» (apenas) e no outro grupo (n=39) além de noções de sono foram também abordadas regras de higiene de sono («Noções + higiene de sono»). Como já referido, desta forma pretendeu-se ganhar alguma compreensão sobre as componentes do programa que contribuem para a modificação dos hábitos de sono dos estudantes. Mais exactamente, pretendeu-se contribuir para esclarecer em que medida os ganhos observados neste tipo de programa realmente beneficiam com a componente «higiene de sono», ou se os resultados se devem «meramente» a um aumento da sensibilização dos participantes relativamente à importância do sono. Por outras palavras: será que a higiene de sono se associa a ganhos acrescidos relativamente aos que se poderão obter com uma sessão sobre noções de sono? O desenho de investigação adotado pretende portanto esclarecer em que medida «adicionar» a higiene de sono a uma sessão sobre noções fundamentais de sono, se associa a benefícios acrescidos.

Relativamente à *sessão sobre «noções de sono»* abordaram-se tópicos como definição e concepção actual sobre o sono; possíveis funções; métodos de estudo, arquitetura e estádios do sono; efeitos da falta de sono (a curto e longo prazo); o ritmo

sono-vigília; diferenças individuais; duração do sono nas diferentes idades e a importância de dormir bem (a nível físico, mental, desempenho cognitivo e resultados escolares).

Quanto à *sessão sobre «higiene de sono»* apresentaram-se as regras sobre higiene de sono recomendadas pela comunidade científica e especialistas de sono, sem esquecer instruções elementares sobre controlo de estímulo e uma lista com indicação de algumas substâncias com cafeína e teína na sua composição

De referir que ambas as sessões tiveram uma duração aproximadamente de 45 minutos, sendo que os 15 minutos iniciais foram destinados ao preenchimento do conjunto de questionários.

A investigação seguiu um plano com pré e pós-teste, consistindo essencialmente em duas etapas. Numa primeira fase era explicada aos alunos a investigação que estava a ser realizada e era pedida a sua participação voluntária no preenchimento dos instrumentos, sendo feita de seguida a sessão com a componente prevista (i.e., noções de sono e/ou noções e higiene de sono, consoante o grupo em estudo). De salientar que as informações dadas sobre a investigação, antes da aplicação do módulo, foram as mesmas em ambos os grupos. Numa segunda fase (passado aproximadamente pelo menos um mês) era pedido novamente aos alunos a sua colaboração através do preenchimento do mesmo conjunto de questionários (excepto o de avaliação da sessão), sendo-lhes entregue na mesma data um certificado de participação no programa (Anexo 5). Nessa altura, mas somente após *concluída* a recolha de dados, também explicávamos ao grupo participante na modalidade «noções de sono» que um programa de educação do sono deveria igualmente contemplar as regras de higiene de sono. Nessa sequência e por forma a não prejudicarmos este grupo, disponibilizámo-nos para realizar uma sessão sobre higiene de sono, proposta esta que foi concretizada dado o interesse revelado por todos os participantes então presentes.

Para realizarmos a nossa investigação optamos por pedir aos participantes um consentimento oral, sendo-lhes sendo explicado que a sua participação era voluntária e que quem decidisse participar poderia desistir a qualquer momento, sem qualquer penalização. De referir que no caso dos alunos do 1º ano da Licenciatura em Psicologia, a sua participação na nossa investigação lhes daria o benefício de obterem um valor a mais na unidade curricular de Metodologia da Investigação em Psicologia.

A nossa amostra foi uma amostra de conveniência onde os estudantes foram recrutados em horários de aulas e o módulo foi administrado aproveitando horas de aulas

livres em virtude de ausência justificada do respetivo docente, e.g., júris de provas académicas.

Para a *análise dos dados* recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0) Desta forma, com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra foram calculadas estatísticas descritivas relativamente às variáveis sociodemográficas do grupo. Na caracterização das variáveis relacionadas com os padrões e hábitos de sono, com o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e pontuação total do Questionário de Conhecimentos e Conceções sobre o Sono (QCCS) determinaram - se as médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos e percentis. Como nem todas as distribuições obedecem aos parâmetros da curva normal (e.g., hora deitar (semana), hora levantar (semana), hora deitar (fim-de-semana), hora levantar (fim-de-semana), fase do sono (semana), oscilação hora deitar (semana/fim-de-semana), oscilação hora levantar (semana/fim-de-semana), oscilação fase do sono (semana/fim-de-semana) e obter sono suficiente à semana, onde os valores de assimetria são inferiores à unidade), nestes casos em vez de testes paramétricos recorreu-se a testes não paramétricos (o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas) de forma a comparar as alterações do pré para o pós-teste.

Resultados

Começamos por apresentar os resultados respeitantes aos padrões de sono observados antes e após a aplicação do módulo. Depois iremos referir a evolução dos conhecimentos de sono do pré para o pós-teste, a sintomatologia e, para terminar, a avaliação que os participantes fizeram da sessão.

Ao nível das variáveis relacionadas com os *padrões e hábitos de sono* do pré para o pós-teste na amostra total (cf. Tabela 2), são de assinalar algumas diferenças estatisticamente significativas e tendências próximas do limiar de significância (cf. Tabela 2). Destacamos uma passagem para aproximadamente 30 minutos para mais cedo na hora de deitar ao fim-de-semana do primeiro (M= 01:45) para o segundo momento (M= 01:14) com um valor de significância de ($p=0,029$). Houve igualmente uma alteração estatisticamente significativa, mas muito reduzida, da hora de levantar à semana do primeiro (M= 08:05) para o segundo momento (M= 08:09) com um valor de ($p=0,020$). Com valores de p próximos da significância registamos uma redução de cerca de 30

minutos na oscilação da hora de deitar à semana/ fim-de-semana do pré-teste (M=01:27) para o pós-teste (M=00:56) com um valor de significância de ($p=0,051$) e uma diminuição de aproximadamente 15 minutos na oscilação da fase do sono à semana/ fim-de-semana do pré-teste (M=02:02) para o pós-teste (M=01:49) com um valor de significância de ($p=0,069$). Destaca-se ainda melhorias significativas ao nível do índice da qualidade de sono tal como indicado pelo aumento da pontuação média do pré-teste (M=9,3) para o pós-teste (M=8,9) com um valor de significância de ($p=0,004$), e do índice de sonolência diurna que diminuiu do primeiro momento (M=10,5) para o segundo momento (M=9,9) com um valor de significância de ($p=0,049$). Houve também diferenças na variável restrição/ extensão de sono mas, contrariamente ao esperado, esta aumentou do pré-teste (M=1,4) para o pós-teste (M=1,7), com um valor de significância de ($p=0,047$).

Tabela 2: Comparação entre as variáveis do sono da amostra geral do pré para o pós-teste

Variáveis sono		Pré-teste	Pós-teste	Comparação Pré e Pós-teste
Hora Deitar (semana)	M	24:19	24:17	Z= - 0,359; $p=0,719$
	Md	24:20	24:00	
	P25 P75	23:30 01:00	23:30 01:00	
Hora Levantar (semana)	M	08:05	08:09	Z= -2,323; $p=0,020$
	Md	08:00	08:00	
	P25 P75	07:35 08:30	07:45 08:30	
Hora Deitar (fim-de-semana)	M	01:45	01:14	Z= - 2,190; $p= 0,029$
	Md	02:00	01:30	
	P25 P75	01:00 03:00	24:00 02:30	
Hora Levantar (fim-de-semana)	M	10:41	10:53	Z= - 0,154; $p= 0,877$
	Md	11:00	11:00	
	P25 P75	09:30 12:00	10:00 12:00	
Fase do sono (semana)	M	04:12	04:13	Z= -1,203; $p=0,229$
	Md	04:15	04:15	
	P25 P75	03:45 04:30	03:45 04:45	
Fase do sono (fim-de-semana)	M	06:13	06:03	Z= - 1,131; $p=0,258$
	Md	06:20	06:00	
	P25 P75	05:15 05:00	07:03 07:00	
Oscilação Hora Deitar (sem/fds)	M	01:27	00:56	Z= - 1,954; $p=0,051$
	Md	01:30	01:30	

	P25 P75	00:30 02:00	00:30 02:00	
Oscilação Hora	M	02h37m	02h43m	Z= - 1,036;
Levantar	Md	02h30m	02h30	p= 0,300
(sem/fds)	P25 P75	01h37m 03h30m	01h45m 03h30m	
Oscilação Fase do	M	02:02	01:49	Z= - 1, 819;
Sono (sem/fds)	Md	02:00	02:00	p=0,069
	P25 P75	01:15 02:51	01:11 02:45	
Quantidade horas	M (DP)	6, 5 (0,9)	6, 4 (0,8)	t = 1,396;
sono (semana)				p= 1,67
Quantidade horas	M (DP)	8, 0 (1,3)	8, 1 (1,2)	t = - 1,183;
sono (fds)				p= 0, 241
Obter sono	M	2,70	2,66	Z= -0,432;
suficiente à	Md	3	3	p=0,666
semana	P25 P75	2 4	2 4	
Restrição-	M (DP)	1, 4 (1,4)	1, 7 (1,4)	t = - 2,017;
Extensão				p= 0,047
Débito sono	M (DP)	1, 5 (1,4)	1, 5 (1,2)	t = - 0,323;
(semana)				p= 0,747
Índice qualidade	M (DP)	9, 3 (4, 1)	8, 9 (3,8)	t = 2,949;
sono				p= 0,004
Índice sonolência	M (DP)	10, 5 (3, 7)	9, 9 (4,0)	t = 2, 005;
diurna				p= 0,049

t- teste T-student para amostras emparelhadas; Z- teste Wilcoxon

De seguida fomos comparar os resultados entre o pré e o pós-teste, separadamente em cada grupo (grupo «noções de sono»; grupo «noções + higiene de sono»). Os resultados dos testes estatísticos indicam que, no subgrupo «noções de sono» (cf. Tabela 3), só há uma alteração estatisticamente significativa na variável hora de levantar à semana que apresenta um valor estatisticamente significativo, sendo o seu valor de significância de (p=0,024), mas ainda assim as alterações são mínimas, apenas seis minutos em média.

Tabela 3: Comparação das variáveis do sono do subgrupo “Noções de sono”

Variáveis sono		Pré-teste	Pós-teste	Comparação Pré e Pós-teste
Hora Deitar (semana)	M	00:32	00:24	Z= - 1, 286; p=0,198
	Md	00:30	00:30	
	P25 P75	00:00 01:10	23:42 01:00	
Hora Levantar (semana)	M	07:55	08:01	Z= -2, 250; p= 0,024
	Md	08:00	08:00	
	P25 P75	07:30 08:22	07:30 08:30	
Hora Deitar (fim-de-semana)	M	01:27	01:24	Z= -0, 234; p= 0,815
	Md	01:30	01:30	
	P25 P75	00:15 02:30	00:00 02:30	
Hora Levantar (fim-de-semana)	M	10:28	10:59	Z= - 0, 454; p=0,650
	Md	10:00	10:30	
	P25 P75	09:15 12:00	09:00 12:30	
Fase do sono (semana)	M	04:13	04:13	Z= 0, 000; p= 1,000
	Md	04:15	04:15	
	P25 P75	03:45 04:31	03:45 04:45	
Fase do sono (fim-de-semana)	M	06:01	06:11	Z= - 0,191; p=0,849
	Md	06:00	06:00	
	P25 P75	05:03 07:00	05:00 07:07	
Obter sono suficiente à semana	M	2,5	2,5	Z= - 0,22; p= 0, 983
	Md	2	3	
	P25 P75	2 3,5	1,5 4	
Oscilação Hora Deitar (sem/fds)	(M)	(00:55)	(00:59)	Z= - 0,827; p=0,408
	Md	01:00	01:00	
	P25 P75	00: 00 01:35	00:15 02:00	
Oscilação Hora Levantar (sem/fds)	M	02h33m	02h57m	Z= - 0, 381; p=0,703
	Md	02h30m	02h30m	
	P25 P75	01h25m 03h52m	01h00 04h00	
Oscilação Fase do Sono (sem/fds)	M	01:44	01:58	Z= -0,264; p= 0,791
	Md	01:45	01:45	
	P25 P75	00:52 02:30	01:03 02:52	
Quantidade horas sono (semana)	M (DP)	6,30 (0,95)	6,36 (0,74)	t = - 0,466; p= 0,645
Quantidade horas sono (fds)	M (DP)	8,03 (0,24)	8,19 (0,20)	t = - 0,867; p= 0, 393
Restrição-	M (DP)	1,68 (1,37)	1,81 (1,33)	t = - 0,701;

Extensão				p= 0,488
Débito sono (semana)	M (DP)	1,51 (1,20)	1,57 (1,25)	t = - 0,349; p= 0,730
Índice qualidade sono	M (DP)	9,57 (4,09)	9,33 (4,01)	t = 0, 751; p= 0, 458
Índice sonolência diurnal	M (DP)	10,7 (3,7)	10,0 (4,3)	t = 1,517; p= 0,137

t- teste T-student para amostras emparelhadas; Z- teste Wilcoxon

No subgrupo «noções + higiene de sono» e relativamente à análise das variáveis relacionadas com os padrões e hábitos de sono, houve algumas diferenças estatisticamente significativas ou próximas da significância a assinalar (cf. Tabela 4). Assim, destacamos a antecipação em cerca de 1 hora da hora de deitar ao fim-de-semana do primeiro momento (M=02:03) para o segundo momento (M=01:04) com um valor de significância de (p=0,019). Verificamos também uma alteração na oscilação da hora de deitar à semana/fim- de- semana do pré-teste (M=01:58) para o pós-teste (M=00:48) com um valor de significância de (p=0,004) e um clara redução na oscilação da fase do sono do pré-teste (M=02:21) para o pós-teste (M=01:40) com um valor de significância de (p=0,008). Registamos também, mas contrariamente ao esperado, uma diminuição da quantidade de horas de sono à semana do primeiro momento (M= 6,8) para o segundo momento (M=6,5) com um valor de significância de (p =0,038). A propósito desta redução à semana, regista-se na variável restrição-extensão uma tendência de aumento, não significativa, do pré-teste (M=1,17) para o pós-teste (M=1,62), com um valor de (p=0,060). Já no que toca à qualidade de sono, registou-se uma melhoria significativa do pré- para o pós-teste, conforme evidenciado pela diminuição das pontuações médias no índice de qualidade de sono, com um valor estatisticamente significativo (p=0,003).

Tabela 4: Comparação das variáveis do sono do subgrupo «Noções + Higiene de sono»

Variáveis		Pré-teste	Pós-teste	Comparação Pré e Pós-teste
Hora Deitar (semana)	M	00:04	00:15	Z= - 0,732;
	Md	00:00	00:00	p= 0,464
	P25 P75	23:30 01:00	23:30 01:00	
Hora Levantar (semana)	M	08:10	08:15	Z= - 1,470;
	Md	08:07	08:10	p= 0,141

	P25 P75	08:00 08:30	08:00 09:00	
Hora Deitar (fim-de-semana)	M	02:03	01:04	Z= - 2,347;
	Md	02:00	01:45	p=0,019
	P25 P75	01:00 03:00	00:00 03:00	
Hora Levantar (fim-de-semana)	M	10:48	10:48	Z= - 0, 650;
	Md	04:00	11:00	p=0,516
	P25 P75	09:45 12:00	10:00 12:00	
Fase do sono (semana)	M	04:07	04:15	Z= - 1,803;
	Md	04:00	04:15	p=0,071
	P25 P75	03:43 04:31)	03:43 04:31	
Fase do sono (fim-de-semana)	M	06:25	05:56	Z= -1,537;
	Md	06:30	06:11	p=0,124
	P25 P75	05:26 07:30	05:15 07:00	
Obter sono suficiente à semana	M	2,71	2,79	Z= - 0,585;
	Md	3	3	p=0,559
	P25 P75	2 4	2 4	
Oscilação Hora Deitar (sem/fds)	M	01:58	00:48	Z= - 2,852;
	Md	01:30	01:30	p=0, 004
	P25 P75	01:00 03:00	00:22 02:00	
Oscilação Hora Levantar (semana/fim-de-semana)	M	02h43m	02h32m	Z= - 1,074;
	Md	03h00	02h35m	p= 0,283
	P25 P75	01h41m 03h30m	02h00 03h30m	
Oscilação Fase do Sono (semana/fim-de-semana)	M	02:21	01:40	Z= - 2,637;
	Md	02:15	02:00	p= 0,008
	P25 P75	01:26 03:00	01:24 02:45	
Quantidade horas sono (semana)	M (DP)	6,80 (0,98)	6,50 (0,98)	t = 2,149; p=0,038
Quantidade horas sono (fds)	M (DP)	7,98 (1,42)	8,13 (1,26)	t = - 0,813; p= 0,421
Restrição-Extensão	M (DP)	1,17 (1,35)	1,62 (1,58)	t = - 1,940; p= 0,060
Débito sono (semana)	M (DP)	1,42 (1,43)	1,45 (1,21)	t = - 0,136; p=0,893
Índice qualidade sono	M (DP)	9,7 (3,8)	8,6 (3,8)	t = 3,187; p= 0, 003
Índice sonolência diurna	M (DP)	10,7 (3,7)	10,0 (4,3)	t = 1,517; p= 0,137

t- teste T-student para amostras emparelhadas; Z- teste Wilcoxon

De seguida fomos examinar as classificações globais obtidas pelos participantes no *Questionário de Conhecimentos e Concepções* sobre o sono, tanto na globalidade dos participantes, como em cada um dos grupos de intervenção separadamente (Cf. Tabela 5). Em todas as análises, as diferenças foram estatisticamente significativas, no sentido de um aumento da pontuação global antes e após a aplicação do programa. Destaca-se assim na amostra total um aumento do grau de conhecimentos do sono do pré-teste ($M=24,4$) para o pós-teste ($M=31,2$) com um valor de significância de ($p=0,000$). Quando aos subgrupos o aumento de conhecimentos sobre sono é mais evidente no subgrupo «noções +higiene de sono», do primeiro momento ($M=20,9$) para o segundo momento ($M=29,0$) com uma significância estatística de ($p=0,000$). Efetivamente regista-se neste último grupo um aumento, em média, de 8,1 pontos do pré para o pós-teste, ao passo que no grupo que frequentou apenas «Noções de sono», o aumento médio é de 3,4 pontos, em média. Em resumo, os ganhos são evidentes e significativos em ambos os grupos, mas são claramente mais acentuados no grupo «Noções + Higiene de Sono».

Tabela 5: Comparação do questionário QCCS entre a amostra global, o subgrupo «noções de sono» e o subgrupo «noções + higiene de sono»

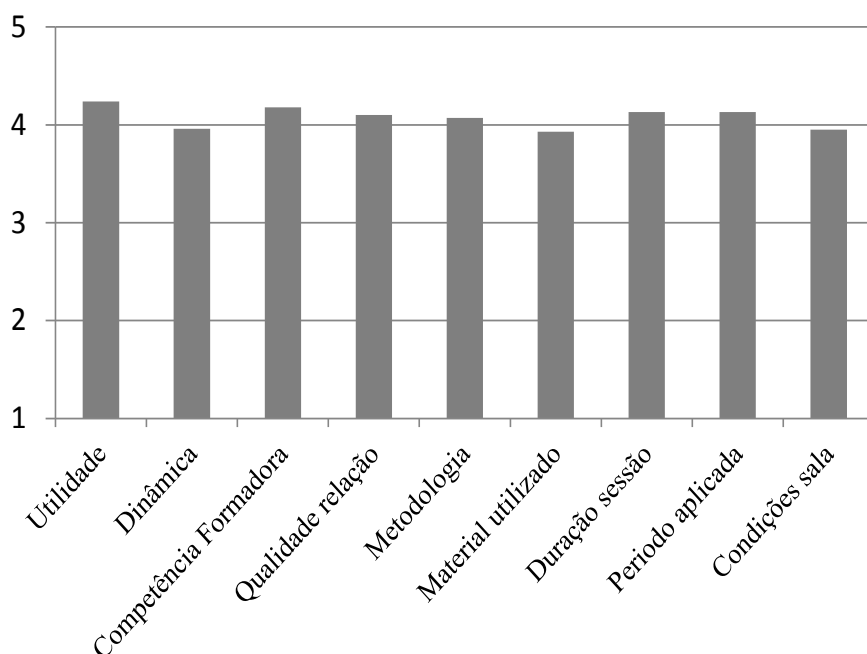
QCCS (Questionário de Conhecimentos e Concepções do Sono)						
		Pré-teste	Pós-teste	<i>t</i>	Df	<i>P</i>
N global	M (DP)	24,4 (10,0)	31,2 (9,38)	- 7,75	72	0,000
	Min-Máx	-16 - 42	-2 - 52			
Subgrupo «noções de sono»	M (DP)	30,4 (7,60)	33,8 (7,54)	- 3,65	32	0,001
	Min-Máx					
Subgrupo «noções + higiene»	M (DP)	20,9 (9,64)	29,0 (10,2)	- 7,51	39	0,000
	Min-Máx					

Quanto a eventuais alterações ao nível dos *sintomas psicopatológicos* medidos pelo BSI antes e após a aplicação do programa, não houve diferenças estatisticamente significativas a assinalar (excetuando uma redução do psicoticismo do pré-teste, $M=0,55$, para o pós-teste, $M=0,43$, com $p=0,038$). Na sequência destes resultados, e tendo em conta a análise dos grupos «noções de sono» e «noções + higiene de sono» também não foram

encontradas a nível da pontuação global do BSI, diferenças estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Por último, ao nível da *avaliação da sessão* (cf. figura1), no geral, os alunos apresentaram apreciações bastante satisfatórias numa escala de 1 a 5 (i.e., 1- Mau; 2- Fraco; 3- Razoável; 4- Bom; 5- Muito Bom), sendo apresentados os resultados seguidamente para cada um dos aspetos que se pretenderam avaliar (cf. Figura 1). Assim, a *utilidade da sessão* obteve uma média de ($M=4,24$); a *dinâmica da sessão* ($M=3,96$); a *competência pedagógica/científica da formadora* ($M=4,18$); *qualidade da relação formadora/ formando* ($M=4,10$); *metodologia da sessão* ($M=4,07$); *material utilizado* ($M=3,93$); *duração média da sessão* ($M=4,13$); *período em que foi aplicada* ($M=4,13$) e *condições da sala de aula* ($M=3,95$). Quanto à análise e comparação das pontuações nos subgrupos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0.000$), no entanto é de referir que examinando a média do grupo «noções de sono» ($M=40,27$) com a média do grupo «noções + higiene de sono» ($M=41,27$) não se encontra uma diferença muito acentuada entre os valores.

Figura 1: Resultados do Questionário de Avaliação do Programa



Discussão

O presente trabalho teve como principal objetivo aplicar e avaliar um programa de educação do sono em estudantes universitários, recorrendo-se para tal à aplicação de uma sessão sobre «Noções de sono» ou «Noções + higiene de sono».

De acordo com a literatura os problemas ou dificuldades de sono podem exercer uma influência em todas as esferas da vida dos estudantes universitários (Buboltz et al., 2002) visto que esta população necessita de uma quantidade adequada de sono, uma boa qualidade do mesmo e rotinas de sono saudáveis (Blunden, Chapman & Rigney, in press).

Quando se fala em dificuldades de sono os programas educacionais de prevenção (primária ou secundária) têm demonstrado ser mais proveitosos do que as intervenções a longo prazo e os tratamentos farmacológicos (Buboltz, Brown & Soper, 2001), pois a componente psicoeducacional deve ter como objetivo auxiliar os participantes a incorporar a nova informação sobre o sono nas suas rotinas, enfatizar a responsabilidade individual nos comportamentos que promovam a saúde e promover os benefícios de um sono de qualidade. Desta forma, a literatura, ainda que reduzida, evidencia que na universidade devem ser trabalhados conhecimentos sobre o sono, para uma prevenção efetiva de futuros problemas relacionados com esta temática (Buboltz et al., 2009).

No nosso trabalho e quanto aos padrões de sono foi possível observar alterações após a aplicação do programa, quase sempre no sentido esperado, tanto na amostra total, como em cada um dos grupos em particular. Assim, na amostra total salienta-se o fato dos participantes terem adiantado para 30 minutos mais cedo a hora de deitar ao fim-de-semana, as melhorias ao nível da qualidade de sono e a redução da sonolência diurna. No subgrupo «Noções de sono» registou-se uma alteração na variável hora de levantar à semana, não muito evidente, apenas cerca de seis minutos mais cedo, embora estatisticamente significativa. Quanto ao subgrupo «Noções + higiene de sono» foi aquele que apresentou maior número de alterações benéficas, começando pela hora de deitar ao fim-de-semana que passou para 1 hora mais cedo; a redução da oscilação da fase do sono e da oscilação da hora de deitar à semana/ fim-de-semana e as evidentes melhorias ao nível da qualidade de sono. Contudo, de referir também, que tanto neste subgrupo como na amostra total, o padrão restrição/ extensão aumentou, podendo tal facto dever-se à redução (ainda que não significativa, por norma) de horas de sono registadas durante a semana.

Os nossos resultados acerca dos padrões de sono vão de encontro do trabalho de Brown e colaboradores (2006), sobre a aplicação e os resultados de um programa de educação de sono em estudantes universitários, na medida em que com o nosso programa também se verificou uma melhoria da qualidade de sono.

O nosso estudo trouxe como contributo adicional e inovador o facto de evidenciar que as regras de higiene de sono, abordadas em conjunto com noções de sono, associam-se a ganhos acrescidos quando comparados com os benefícios decorrentes da abordagem de noções de sono, apenas.

De acordo com os resultados apresentados, verifica-se que houve um aumento do grau de conhecimentos de sono na amostra total e nos dois subgrupos em particular, no entanto é de salientar que este aumento se mostrou mais evidente no subgrupo «Noções + higiene de sono».

Os nossos resultados vão portanto ao encontro dos de estudos semelhantes, uma vez que na literatura se relata que os programas de educação do sono têm conseguido alcançar bons resultados, particularmente por aumentarem os conhecimentos sobre o sono (Blunden, Chapman & Rigney, in press; Cortesi, Giannotti, Sebastiani, Bruni & Ottaviano, 2004). De acordo com um estudo realizado por Grunstein & Grunstein (2001) com estudantes australianos, antes destes terem conhecimentos sobre o sono a percentagem de respostas corretas era de 40%, após a transmissão dos conhecimentos sobre esta temática a percentagem de respostas corretas aumentou para 90% (Cortesi et al., 2004).

Segundo uma revisão da literatura sobre programas de educação do sono, nas escolas e na universidade, feita por Azevedo et al. (2008), os autores referem que após ter sido aplicado um programa deste tipo no Brasil, os resultados demonstraram um aumento dos conhecimentos de sono e uma redução das irregularidades nos horários de deitar e levantar, indo o nosso trabalho ao encontro dos mesmos dados.

Em outros estudos após a aplicação de programas de educação do sono os resultados encontrados apontaram para um decréscimo nas irregularidades horárias entre a semana e o fim-de-semana e uma diminuição ou extinção do número de sestas diurnas (Sousa et al., 2007; Blunden et al., in press)

De acordo com Brown et al. (2002) ter conhecimentos sobre hábitos de sono não influencia necessariamente a qualidade de sono, no entanto o fato de praticar hábitos de sono saudáveis mostra-se fortemente associado com o desenvolvimento e manutenção de

um sono com qualidade, algo também salientado por Suen et al., (2010). Assim, quando abordada a temática do sono com estudantes universitários, parece-nos importante incluir estratégias de higiene de sono, sendo que de acordo com a literatura se assume que uma boa higiene de sono se associa a um bom sono, tanto quantitativa como qualitativamente, ao passo que uma má higiene de sono está relacionada com um sono inconsistente ou de má qualidade (Clemente et al., 2001).

O nível de conhecimentos sobre higiene de sono entre os estudantes universitários é bastante fraco, daí que provavelmente esta população tenha uma pobre qualidade de sono justificada pela falta da prática de hábitos de higiene de sono adequados.

Ao nível dos sintomas psicopatológicos em geral, tal como medidos pelo BSI, não houve alterações significativas dignas de nota do pré para o pós-teste, daí que as mudanças de sono observadas não podem ser associadas aos níveis de psicopatologia, uma vez que estes se mantiveram inalterados do pré para o pós-teste. Quanto ao psicoticismo (que foi a única dimensão que parece ter-se alterado) não há qualquer estudo na literatura, do nosso conhecimento, que nos possa elucidar acerca dessa situação. Eventualmente a diferença que encontrámos pode ter ocorrido por mero acaso e estarmos perante um erro de tipo I (isto é, rejeitar H_0 quando esta é verdadeira).

De uma forma geral a avaliação do programa foi bastante satisfatória visto que quase todos os itens avaliados pontuaram próximos dos valores que correspondem a *Bom* e *Muito bom*.

Resumindo e concluindo, pode assim dizer-se que, no presente estudo, foram encontradas algumas diferenças significativas e favoráveis nos comportamentos de sono, tanto na amostra total como nos dois subgrupos, do pré-teste para o pós-teste, bem como nos conhecimentos do sono, que registaram um aumento evidente. Entretanto, não se pode afirmar a presença de uma relação entre as mudanças de sono ou a aplicação do programa e a presença ou ausência de psicopatologia.

Este estudo pode contribuir para responder à questão sobre se vale a pena implementar sessões de educação de sono. Como é referido na literatura ter um conhecimento adequado sobre regras de higiene de sono associa-se frequentemente a boas práticas de higiene de sono (Brown et al., 2002; Sousa et al, 2007). Ora de acordo com os nossos resultados, podemos concluir que aplicar uma única sessão de educação de sono que contemple noções e regras de higiene de sono se traduz em ganhos significativos, não

só ao nível dos conhecimentos sobre sono, mas também ao nível da mudança de comportamentos efetivamente praticados. No entanto é de referir que a mudança de comportamentos de sono parece ser o objetivo mais difícil de cumprir neste tipo de programas. Em vários estudos, a aplicação de sessões de educação de sono associa-se realmente a uma melhoria de conhecimentos, mas que não se traduz necessariamente numa mudança de comportamento (Azevedo et al, 2008; Blunden et al., in press). No nosso estudo, devemos reconhecer que os ganhos parecem ser mais evidentes no que toca aos conhecimentos do que aos comportamentos. Mas mesmo que em número reduzido, ocorreram importantes alterações nos padrões de sono dos estudantes. Portanto, parece que o programa aplicado também tem efeitos na mudança comportamental.

Como principais limitações ao presente trabalho, salienta-se não ter sido utilizado um grupo de controlo e o fato dos grupos «Noções de sono» ou «Noções + higiene de sono» não serem perfeitamente homogêneos, isto é, apesar de ambos os grupos compreenderem estudantes universitários, dos mesmos cursos e se tratarem (com poucas exceções) de jovens adultos, os grupos foram compostos por alunos de diferentes ciclos de estudo e, logo, de diferentes idades.

Como sugestões para futuros estudos, propõe-se a replicação do presente estudo em vários cursos, de forma a poder obter-se uma amostra com maior representatividade, ou até mesmo a outras populações (como por exemplo adolescentes).

Poderá também ser de valorizar a adoção de um maior intervalo de tempo entre a aplicação do pré para o pós-teste, e a realização de um *follow-up* passado cerca de três ou seis meses, de forma a verificar se os conhecimentos de sono se consolidaram e se as mudanças nos hábitos de sono se mantiveram.

Este trabalho é provavelmente o primeiro realizado em Portugal acerca deste tema, e ao longo da sua realização, já tivemos oportunidade de apresentar alguns resultados preliminares (Vieira, Gomes & Marques, 2012). No entanto é importante referir a consciencialização que já existe sobre as consequências dos problemas de sono nos estudantes universitários e a preocupação manifestada por algumas instituições na criação de alguns mecanismos de intervenção, de que é exemplo a consulta psicológica do sono na Universidade de Aveiro (Marques & Gomes, 2012). A nível internacional, encontramos alguns trabalhos publicados sobre a aplicação de programas de sono, mas continua a

registar-se alguma escassez na literatura científica nesta área e com esta população específica.

Face aos resultados do presente estudo, pretendemos alertar para a necessidade de se continuar a desenvolver trabalhos nesta área para que esta população fique sensibilizada para a adoção regular de práticas corretas de higiene de sono, de forma a prevenir o desenvolvimento e manutenção de problemas de sono, bem como a otimização e o bem-estar ao longo do seu ciclo de estudos na universidade.

Referências

- Alam, M. F., Tomasi, E., Lima, M. S., Areas, R., & Menna-Barreto, L. (2008). Tipologia circadiana e distribuição de cronotipos no sul do Brasil: Diferenças de género e estação de nascimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 83-90.
- Almondes, K. M., & Araújo, J. F. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 37-43.
- Azevedo, C., V., M., Sousa, I., Paul, K., MacLeish, M., Y., Mondéjar, M., T., Sarabia, J., A., Rol, M., A., & Madrid, J., A. (2008). Teaching chronobiology and sleep habits and university. *Journal Compilation*, 2(1), 34-47.
- Bergamasco, E. C., & Cruz, D. (2006). Alterações do sono: Diagnósticos frequentes em pacientes internados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(3), 356-363.
- Blunden, S., L., Chapman, J., & Rigney, G., A. (no prelo). Are sleep education programs successful? The case for improved and consistent research efforts. *Sleep Medicine Reviews*.
- Bootzin, R., & Perlis, M. (2011). Stimulus control therapy. In M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral treatment for sleep disorders: A comprehensive primer of behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 21-30). New York: Elsevier.
- Brooks, P., Girgenti, A., & Mills, M. (2009). Sleep patterns and symptoms of depression in college students. *College Student Journal*, 43(2).
- Brown, F. C., Soper, B., & Buboltz, W. C. (2001). Prevalence of delayed sleep phase syndrome in university students. *College Student Journal*, 35(3), 472-476.

- Brown, F. C., & Buboltz, W. C. (2002). Applying sleep research to university students: Recommendations for developing a student sleep education program. *Journal of College Student Development*, 43(3), 411-416.
- Brown, F.C., Buboltz, W.C. & Soper, B. (2002). Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices and sleep quality in university students. *Behavioral Medicine*, 28, 33-38.
- Brown, F. C., Buboltz, W. C., & Soper, B. (2006). Development and evaluation of the sleep treatment and education program for students (STEPS). *Journal of American College Health*, 54(4), 231- 237.
- Buboltz, W. C., Brown, F., & Soper, B. (2001). Sleep habits and patterns of college students: A preliminary study. *Journal of American College Health*, 50(3), 131-135.
- Buboltz, W. C., Soper, B., Brown, F., & Jenkins, S. (2002). Treatment approaches for sleep difficulties in college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(3), 229-237.
- Buboltz, W., Jenkins, S., Soper, B., Woller, K., Johnson, P., & Faes, T. (2009). Sleep habits and patterns of college students: an expanded study. *Journal of College Counseling*, 12, 113-124.
- Campos, M. L. P. & Martino, M. M. F. (2004). Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem*, 38(4), 415-421.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cheng, S., Shih, C.-C, Lee, I., Hou, Y., Chen, K. Chen, K.-T., et al. (no prelo). A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Research*.
- Clemente, V., Ferreira, A., M., Gomes, A., Pissarra, C., Ferreira, A., Azevedo, M., H., P. (2001). Insónia Crónica: conceptualização e terapia cognitivo-comportamental. *Psiquiatria Clínica*, 22(4), 259-266.

- Coelho, A. T., Lorenzini, L. M, Suda, E., Rossini, S., & Reimão, R. (2010). Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. *Neurobiologia*, 73(1), 35-39.
- Cortesi, F., Giannotti, F., Sebastiani, T. Bruni, O., & Ottaviano, S. (2004). Knowledge of sleep in italian high school students: pilot-test of a school-based sleep educational program. *Journal of Adolescent Health*, 34, 344-351.
- Dias, M. (2008). *Programa de promoção de competências pessoais e sociais: Um estudo no ensino superior*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Aveiro. Universidade de Aveiro.
- Edinger, J., Means, M., Carney, C., & Manber, R. (2011). Psychological and behavioral treatments for insomnia II: Implementation and specific populations. In M. Kryger, T. Roth & W. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (5ed.), (pp. 884-904), Missouri: Elsevier Saunders.
- Galambos, N., & Dalton, A. (2009). Losing sleep over it: daily variation in sleep quantity and quality in Canadian students' first semester of university. *Journal of Research on Adolescence*, 19(4), 741-761.
- Gaultney, J. F. (2010). The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. *Journal of American College Health*, 59(2), 91-97.
- Geib, L., Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria*, 25(3), 453-465.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Aveiro. Universidade de Aveiro.
- Gomes, A. (2006). *Questionário de concepções sobre o sono (versão experimental)*. Não publicado. Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Gomes, A., Tavares, J., Azevedo, M. H. (2004). Tipo Diurno e Funcionamento Académico de Jovens Universitários. In *CD-ROM dos Anais do I Congresso Internacional Luso-Brasileiro e II Congresso CIDInE - Produção sobre Conhecimento Profissional e Docência nos Sistemas Educativos Português e Brasileiro: dinâmicas e tendências*. Florianópolis (Brasil), 5-7 Abril 2004.
- Gomes, A. A., Tavares, J., & Pinto de Azevedo, M. H. (2009). Padrões de sono em estudantes universitários portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 545-552.

- Gomes, A. A., Tavares, J., & Pinto de Azevedo, M. H. (2011). Sleep-wake schedules and academic performance in undergraduates: a multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiology International*, 28 (9), 786-801.
- Hauri, P. J. (2012). Sleep/wake lifestyle modifications: Sleep hygiene. In T. Barkoukis, J. Ferber & K. Doghramji (Eds.), *Therapy in Sleep Medicine*, (pp. 151-160). United States of America: Elsevier.
- Kloss, J., Nash, C., Horsey, S., & Taylor, D. (2011). The delivery of behavioural sleep medicine to college students. *Journal of Adolescent Health*, 48, 553-561.
- Marques, D., & Gomes, A. (2012). Criação de uma consulta de sono no âmbito das consultas de psicologia da UA: Apresentação e primeiros dados. In D. Aguiar, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto, & A. Pereira (Eds.), *Atas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 189-195). Porto: ISCAP.
- Marques, I., & Isabel, R. (2011). Avaliação da qualidade de vida após programa de intervenção direccionado à melhora da qualidade da qualidade do sono. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 24-31.
- Posner, D., & Gehrman, P. (2011). Sleep hygiene. In M. Perlis, M. Aloia & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral treatment for sleep disorders: A comprehensive primer of behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 31-43). New York: Elsevier.
- Sousa, I. C., Araújo, J. F., & Azevedo, C.V. (2007). The effect of a sleep hygiene education program in the sleep-wake cycle of brazilian adolescent students. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 251-258.
- Suen, L., Tam, W., & Hon, K. (2010). Association of sleep hygiene-related facts and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 16(3), 180-185.
- Vieira, A., Gomes, A., & Marques, D. (2012). Implementação de um programa de educação de sono em universitários da UA: Caracterização e resultados preliminares. In D. Aguiar, A. Ferreira, C. Fernandes, I. Magalhães, I. Ardions, S. Pinto, & A. Pereira (Eds.), *Atas do II Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 183-188). Porto: ISCAP.

Anexos

(In Gomes, 2005)

QUESTIONÁRIO sobre padrões de SONO e VIGÍLIA em estudantes do ensino superior

Pretendemos conhecer melhor **hábitos de sono e vigília** de estudantes universitários e outros aspectos do seu funcionamento. Por isso, pedimos a sua **participação voluntária** no preenchimento dos questionários que se seguem.

Para cada questão colocada, procure indicar a **resposta que melhor se ajustar ao seu caso**. Não há respostas certas ou erradas, boas ou más.

As respostas dadas são absolutamente **confidenciais** e assegura-se o **anonimato** na análise, apresentação e divulgação dos resultados

(A. Gomes, J. Tavares, DCE-UA, & M. H. Azevedo, FM-UC, 2001).
Para mais esclarecimentos contactar: agomes@dce.ua.pt

Nº Mecanográfico: _____ Data: ____/____/____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino. Idade: ____ anos

Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado / união de facto ☐ Divorciado Tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

Curso: _____ Ano: _____ Está a repetir o ano? ☐ não ☐ sim

O curso que frequenta foi a sua: ☐ 1ª escolha ☐ 2ª escolha ☐ 3ª ou outra escolha

Estatuto: ☐ aluno ordinário ☐ dirigente associativo
☐ trabalhador estudante – quantas horas trabalha por semana? _____

Residência (localidade): Período de aulas: _____ Fins-de-semana/férias: _____

I. SONO-VIGÍLIA EM PERÍODOS DE AULAS

Ao responder às questões que se seguem, considere o que costuma acontecer habitualmente numa semana típica em tempo de aulas, ao longo do último mês.

1. Durante a **semana**, em tempo de aulas, a que horas se costuma:

• deitar (em média)? h m • levantar (em média)? h m

2. Ao **fim-de-semana**, em tempo de aulas, a que horas se costuma:

• deitar (em média)? h m • levantar (em média)? h m

3. Durante a **semana**, em tempo de aulas, a sua hora de deitar costuma variar de uns dias para os outros?

☐ nada

☐ muito pouco

☐ um pouco

☐ muito

☐ muitíssimo

POR FAVOR, ESPECIFIQUE:

Varia entre as h m e as h m

4. Quando se deita, em regra, quanto tempo demora a adormecer?

☐ 1-14 min

☐ 15-30 min

☐ 31-45 min

☐ 46-60 min

☐ Mais de 60 min

5. Depois de se deitar, costuma ter dificuldades em adormecer?

☐ nunca

☐ raramente

☐ algumas vezes

☐ 3-4 noites
por semana

☐ quase todas ou
todas as noites

6. Em tempo de aulas, quantas vezes costuma acordar durante a noite?

☐ 0 vezes ☐ 1 vez por noite ☐ 2-3 vezes por noite ☐ 4-5 vezes por noite ☐ 6 ou mais vezes

7. Em tempo de aulas, costuma acordar espontaneamente antes da hora desejada?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ 3-4 noites por semana ☐ quase todas ou todas as noites

8. Acordar durante a noite ou antes da hora desejada costuma ser um problema para si?

☐ nada ☐ muito pouco ☐ um pouco ☐ muito ☐ muitíssimo

9. Durante a semana, em tempo de aulas, a sua hora definitiva de acordar costuma variar de uns dias para os outros?

☐ nada ☐ muito pouco ☐ um pouco ☐ muito ☐ muitíssimo

POR FAVOR, ESPECIFIQUE:

Varia entre as h m e as h m

10. Normalmente, durante a semana, quanto tempo leva para se levantar depois de acordar?

☐ 1-14 min ☐ 15-30 min ☐ 31-45 min ☐ 46-60 min ☐ Mais de 60 min

11. Em tempo de aulas, quantas horas costuma dormir por noite ao fim de semana (assinale com **uma cruz** a resposta que mais se aproximar do que lhe acontece habitualmente)?

4 h ou menos	4-5 h	5-6 h	6-7 h	7-8 h	8-9 h	9-10 h	10-11 h	11 h ou mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Em tempo de aulas, quantas horas costuma dormir por noite durante a semana (assinale com **uma cruz** a resposta que mais se aproximar do que lhe acontece habitualmente)?

4 h ou menos	4-5 h	5-6 h	6-7 h	7-8 h	8-9 h	9-10 h	10-11 h	11 h ou mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Durante a semana, o número de horas que dorme costuma variar de umas noites para as outras?

☐ nada ☐ muito pouco ☐ um pouco ☐ muito ☐ muitíssimo

POR FAVOR, ESPECIFIQUE:

Varia entre h m e h m

14. Durante a semana, costuma dormir o número de horas que precisa para se sentir bem?

☐ nunca ☐ raramente ☐ 1-2 noites por semana ☐ 3-4 noites por semana ☐ quase todas as noites/sempre

15. Normalmente, como é o seu sono em tempo de aulas (independentemente das horas que dorme)?

• Qualidade: ☐ muito mau ☐ mau ☐ razoável ☐ bom ☐ muito bom
 • Profundidade: ☐ muito leve ☐ leve ☐ mais ou menos pesado ☐ pesado ☐ muito pesado

16. Em tempo de aulas, costuma tomar medicamentos para ajudar a dormir?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

17. Em tempo de aulas, costuma fazer sestas durante o dia?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ várias vezes por semana ☐ quase sempre ou sempre

18. De modo geral, **durante o dia:** [itens a) a e) adapt. de Manber et al., 1996]

a) Com que frequência se sente cansado/a e tem de lutar contra o sono?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

b) Com que frequência sente que precisava de dormir uma sesta?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

c) Com que frequência sente que o seu rendimento / desempenho é prejudicado por estar

sonolento/a? ☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

d) Em que medida é para si um problema ter sono durante o dia?

☐ nenhum ☐ muito pouco ☐ um pouco ☐ muito ☐ muitíssimo

e) Estou excessivamente ensonado/a durante o dia:

☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ não sei / não concordo nem discordo ☐ concordo ☐ absolutamente de acordo

f) Costuma ter muito sono nas aulas?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

19. Indique como se tem sentido ultimamente durante o dia (em tempo de aulas):

	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
Com energia					
Cansado(a)					
Irritável					
Desperto(a)					
Desanimado(a) ou triste					
Tenso(a) ou nervoso(a)					
Razoavelmente feliz					
Menos produtivo(a)					
Descontraído(a)					
Eficiente					
Atento(a)					
Motivado(a)					
Activo(a)					
Com dificuldade em concentrar-me					

OUTROS ASPECTOS DE SONO

20. Quantas horas de sono acha que precisa para se sentir bem?

4 h ou menos	4-5 h	5-6 h	6-7 h	7-8 h	8-9 h	9-10 h	10-11 h	11 h ou mais

21. Os seus hábitos de sono têm-se modificado em comparação com o Ensino Secundário?

☐ nada ☐ muito pouco ☐ um pouco ☐ muito ☐ muitíssimo

22. Acha que tem algum problema de sono?

☐ Não ☐ Sim – Por favor, descreva sucintamente: _____

23. Neste ano lectivo, já fez alguma “directa” (cerca de 1 dia sem dormir) para realizar tarefas escolares? ☐ Não ☐ Sim – Especifique o n.º de vezes: _____

24. Neste ano lectivo, já fez alguma “directa” (cerca de 1 dia sem dormir) por outros motivos?

☐ Não ☐ Sim – Especifique o n.º de vezes: _____

25. Local onde dorme habitualmente (na maior parte do tempo, desde que anda na universidade):

a) Partilha o quarto de dormir com alguém? ☐ Não ☐ Sim - Especifique (ex: colega) _____

b) No local onde dorme, o seu sono é perturbado por:

	Nada	Muito pouco	Pouco	Muito	Muitíssimo
• Ruído/barulho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Companheiro/a de quarto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. OUTROS ASPECTOS DIURNOS

	Dias de Semana	Fim de semana
1. Quantos <u>cigarros</u> fuma <i>por dia</i> (em média)?	_____	_____
2. Quantos copos/finos toma de <u>bebidas alcoólicas</u> <i>por dia</i> (em média)?	_____	_____
3. Quantos <u>cafés</u> toma <i>por dia</i> (em média)?	_____	_____

4. Costuma consumir outras substâncias?

☐ nunca ☐ raramente ☐ algumas vezes ☐ muitas vezes ☐ quase sempre/sempre

5. Quantas horas pratica de exercício físico, *por semana* (em média)? _____

6. Quantas horas dedica a outras actividades extra-curriculares, *por semana* (em média)? _____

7. Em tempo de aulas, quantas horas costuma estudar, *por semana* (em média)? _____

8. Com que frequência sai à noite (saídas com amigos, festas,...) até depois da meia-noite?

☐ raramente ☐ 1 vez por mês ☐ 2-3 vezes por mês ☐ 1-2 vezes por semana ☐ 3-4 vezes por semana ☐ quase todas as noites

9. Em média, indique a frequência com que costuma assistir às aulas teóricas:

☐ todas ou quase todas ☐ mais de metade ☐ metade ☐ menos de metade ☐ nenhuma ou quase nenhuma

10. De um modo geral, as classificações/notas que tem obtido na Universidade rondam os:

☐ 10 ou menos valores ☐ 10-11 valores ☐ 12-13 valores
☐ 14-15 valores ☐ 16-17 valores ☐ 18 ou mais valores

[questão dirigida aos alunos dos 2º e 3º anos]

10. Assinale a opção correspondente à sua nota geral de acesso à universidade (de 0 a 200):

☐ Menos de 100 ☐ 100 a 114 ☐ 115 a 134
☐ 135 a 154 ☐ 155 a 174 ☐ 175 ou superior ☐ Não se aplica (ex: exame *ad hoc*)

[questão dirigida aos alunos dos 1º ano]

11. Independentemente das notas que tem tido serem boas ou más, acha que os seus hábitos de sono têm interferido pela negativa no seu rendimento escolar?

☐ discordo totalmente ☐ discordo ☐ não sei / não concordo nem discordo ☐ concordo ☐ absolutamente de acordo

Questionário de conhecimentos e concepções sobre o sono (versão experimental, Nov /06)

Seguem-se várias afirmações acerca do sono. Para cada uma delas, escreva uma cruz na quadrícula apropriada consoante a afirmação lhe parece verdadeira ("V"), falsa ("F") ou não sabe / não tem a certeza ("N/S"). Isto não é um teste de avaliação. Assim, por favor, seja o mais sincero/a possível.

<i>Afirmação / Item</i>	V	F	N/S
Ao longo de uma noite de sono, a duração dos episódios REM vai aumentando.			
O sono é simplesmente um período de repouso.			
A necessidade de sono diminui ao longo da vida adulta.			
Todo e qualquer adulto deve dormir, idealmente, 8 horas por noite.			
Todas as pessoas se sentem mais "frescas" e produtivas nas primeiras horas da manhã.			
A luz natural (solar) é um importante sincronizador do ritmo sono-vigília no ser humano.			
Dormir pouco durante a semana e compensar dormindo mais ao fim-de-semana é uma prática saudável, a adoptar numa base regular.			
O álcool é recomendado a pessoas com dificuldades em dormir, pois induz sonolência.			
Os especialistas de sono recomendam que não se veja as horas durante a noite.			
A narcolepsia é uma das perturbações do sono.			
Demorar mais de um quarto de hora para adormecer é sinal de insónia.			
O sono profundo predomina no primeiro terço de uma noite de sono.			
A única forma de resolver uma insónia é com medicamentos.			
O álcool e o excesso de peso costumam agravar o ressonar.			
Beber café à noite não tem qualquer efeito negativo sobre o sono.			
Desde que se durma o suficiente, é indiferente ter horários de sono certos ou irregulares.			
O ritmo sono-vigília é gerado por um relógio biológico.			
Todas as pessoas devem escolher as primeiras horas do dia para realizar tarefas que exigem grande concentração.			
O número de horas de sono que uma pessoa dorme depende exclusivamente de disciplina.			
Os recém-nascidos passam cerca de 16-18 horas por dia a dormir (em média).			
O sono é um estado uniforme, diferente do da vigília.			
O sono REM predomina na última parte de uma noite de sono.			
O envelhecimento associa-se a uma tendência para deitar e levantar mais cedo (avanço de fase do ritmo sono-vigília).			
A frequência cardíaca, a respiração e a tensão arterial são mais irregulares durante o sono REM do que durante o sono NREM.			
O pico das faculdades físicas e mentais de qualquer pessoa ocorre nas primeiras horas da manhã, depois de uma noite de sono bem dormida.			
A duração de sono necessária varia de pessoa para pessoa.			
Trabalhadores nocturnos têm maior probabilidade de adormecer durante as horas de serviço do que pessoas que trabalham durante o dia.			
O álcool altera a qualidade do sono.			
Deitar muito mais tarde ao fim-de-semana não constitui motivo de preocupação se se puder prolongar o sono até mais tarde na manhã seguinte.			

<i>Afirmação / Item</i>	V	F	N/S
Depois do despertador tocar, é uma boa prática, em termos de “higiene de sono”, permanecer na cama um bom bocado antes de levantar.			
Os pesadelos costumam ocorrer nas primeiras duas horas de sono.			
O mais normal é adormecer em 5 minutos.			
Por norma, é mais fácil recordar sonhos na primeira parte da noite.			
Há vários estádios do sono, que se sucedem ciclicamente ao longo de uma noite.			
Os adolescentes necessitam das mesmas horas de sono que os adultos.			
Quem sente que precisa de dormir 10-12 horas de sono por noite, deveria fazer uma “dieta” de sono.			
No jovem adulto, o ritmo sono-vigília é um ritmo circadiano.			
Não constitui problema dormir pouco durante a semana quando se compensa dormindo mais ao fim-de-semana.			
A coca-cola ou o chocolate não têm qualquer efeito negativo sobre o sono.			
Quando uma pessoa com insónia está com dificuldades em adormecer ou em retomar o sono, deve permanecer na cama o mais tranquila possível para propiciar o sono.			
Horários de sono irregulares podem aumentar a frequência de sonambulismo em crianças.			
Trabalhar na cama ou antes de adormecer não afecta o sono.			
No recém-nascido, o ritmo sono-vigília é polifásico.			
Levantar todos os dias à mesma hora é essencial para manter acertado o ritmo de sono.			
Praticar exercício durante o dia pode ajudar a melhorar o sono.			
O sono de ondas lentas é uma das designações para sono profundo.			
A adolescência associa-se a uma tendência para deitar e levantar mais tarde (atraso de fase do ritmo sono-vigília).			
Ver televisão na cama é uma prática recomendada para ajudar a adormecer.			
Com persistência e disciplina, é possível reduzir o número de horas de sono que se dorme sem sofrer consequências diurnas indesejáveis.			
A irregularidade dos horários de sono é de somenos importância desde que se durma o suficiente.			
Depois de despertar, não se deve permanecer na cama mais de 15 minutos.			
As crianças necessitam de mais horas de sono do que os adultos.			
O sono REM é conhecido por estar associado à experiência dos sonhos.			
Fumar antes de dormir não tem qualquer efeito negativo sobre o sono.			
Pessoas que sofrem de insónia devem fazer sestas durante o dia.			
O exercício físico à hora de deitar ajuda a dormir melhor.			

Por favor, preencha ainda os seguintes dados:

Data: ____ / ____ / ____

Código: _____ Sexo: ☐ F / ☐ M Idade: _____ Ano: _____ Curso / área: _____

Estatuto:

- ☐ aluno ordinário
☐ trabalhador-estudante
☐ outro – qual? _____

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionário de Avaliação do Programa (...)
Isabel Simões Dias e Anabela Pereira, 2006¹

	Mau	Fraco	Razoável	Bom	Muito Bom
Utilidade da Sessão					
Dinâmica da Sessão					
Competência Pedagógica / Científica da formadora					
Qualidade da relação formadora/ formando					
Metodologia da Sessão					
Material Utilizado					
Horário da Sessão					
Duração Média da Sessão					
Período em que foi aplicada a sessão					
Condições da sala de aula					

Comentários/sugestões/críticas finais

¹ Designação completa: **Questionário de Avaliação do Programa de Promoção de Competências Pessoais e Profissionais em Educação de Infância (QAPPCPEI)**, de Isabel Simões Dias & Anabela Pereira (2006). Foram seleccionadas as questões consideradas pertinentes para fins de avaliação do presente programa, realizado no âmbito da investigação de mestrado de Armanda Vieira, sob orientação de Ana A. Gomes (Universidade de Aveiro, 2012).



Programa de Educação do Sono em Estudantes Universitários

CERTIFICADO

Certifica-se que _____
participou no Programa de Educação do Sono em Estudantes Universitários, na
Universidade de Aveiro, com a duração de 1h30m e que decorreu no mês de Março, tendo
sido organizado pela Mestranda Armanda Vieira sob orientação da Professora Doutora
Ana Allen Gomes.

(Armanda Vieira)